



CONGRÈS 2016 | 15-16 SEPTEMBRE



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE GROUPE

Faites parvenir ce formulaire dûment rempli au CRAAQ

CRAAQ - Service à la clientèle  
Édifice Delta 1, 2875, boulevard Laurier, 9<sup>e</sup> étage, Québec (Québec) G1V 2M2  
Télécopieur : 418 644-5944  
Courriel : [client@craaq.qc.ca](mailto:client@craaq.qc.ca)

### SECTION A : INSCRIPTION (Vous référer au formulaire d'inscription en ligne ou individuel pour les montants d'inscription)

Coût total : \_\_\_\_\_ personnes X \_\_\_\_\_ \$ (tarif individuel) X **1,14975** (TPS & TVQ) = \_\_\_\_\_ \$  
Coût total : \_\_\_\_\_ personnes X \_\_\_\_\_ \$ (tarif individuel) X **1,14975** (TPS & TVQ) = \_\_\_\_\_ \$  
Coût total : \_\_\_\_\_ personnes X \_\_\_\_\_ \$ (tarif individuel) X **1,14975** (TPS & TVQ) = \_\_\_\_\_ \$  
**Total :** \_\_\_\_\_ \$

### SECTION B : LISTE DES PARTICIPANTS\*

Section régionale :								
Indiquer le numéro de membre pour chaque personne si membre de l'OAQ, et toute allergie alimentaire.								
Nom	Prénom	Courriel	Atelier 15 sept. am**	Atelier 15 sept. pm**	Atelier 16 sept. am 2**	Atelier 16 sept. pm**	Cocktail 15 sept. **	Cocktail 16 sept. **

\*Si plus de 5 personnes, annexe une feuille supplémentaire.

\*\*En vous référant au [programme du Congrès](#), svp, indiquez vos choix d'ateliers pour le jeudi et vendredi (ex. Bloc A) de même que votre présence au(x) cocktail(s).

**Les inscriptions seront enregistrées à la réception du formulaire dûment rempli.**

Aucune inscription par téléphone ou par courriel ne sera acceptée.

AUCUN remboursement ne sera effectué. Si vous êtes inscrit et que vous ne pouvez pas vous présenter à l'évènement, vous devez contacter le service à la clientèle du CRAAQ.

#### Frais d'inscription

Les frais sont indiqués en dollars canadiens. Les taxes applicables sont en sus.

### SECTION C : MODE DE PAIEMENT

#### Personne responsable :

Nom : \_\_\_\_\_

Organisation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

#### Coordonnées pour la facturation

(si différentes de celles de la personne responsable)

Nom : \_\_\_\_\_

Organisation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

☐ Chèque à l'ordre du CRAAQ, daté du jour de l'envoi

☐ À facturer ☐ Visa / MasterCard

N<sup>o</sup> de la carte : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ CVV \_\_\_\_\_

Nom du détenteur : \_\_\_\_\_

Signature du détenteur : \_\_\_\_\_